ITEM 87 : ÉPISTAXIS

Epistaxis = écoulement sanglant provenant des **cavités nasales ou sinusiennes** : très fréquent, généralement bénin
Provient d'une lésion muqueuse ou vasculaire située entre l'orifice narinaire et le nasopharynx
Le saignement peut être **antérieur** (extériorisé par les narines) et/ou **postérieur** (extériorisé par les choanes, écoulement de sang sur la paroi pharyngée postérieure)

Anatomie

Muqueuse des fosses nasales = **muqueuse pituitaire** : fine, au contact direct du squelette, richement vascularisée
Vascularisation artérielle : dépend de la carotide externe et de la carotide interne, avec de nombreuses anastomoses
- **Artère sphénopalatine** (= artère principale des fosses nasales) : branche terminale de **l'artère maxillaire interne** (issue de la carotide externe) → 2 branches :
  . **Artère des cornets** (externe) → **artère du cornet moyen** et **du cornet inférieur**
  . **Artère de la cloison** (interne) → **artère du cornet supérieur** et **artères septales**
- **Artère de la sous-cloison** : branche de **l'artère faciale** (issue de la carotide externe), vascularise la partie antéro-inférieure de la cloison, s'anastomose avec l'artère de la cloison et les rameaux de l'artère ethmoïdale antérieure
- **Artères ethmoïdales** = branches de l'**artère ophtalmique** (issu de la carotide interne) : issue de l'orbite, passe dans les trous ethmoïdaux, traverse la lame criblée et atteint la partie haute des fosses nasales → **artère ethmoïdale postérieure** (région olfactive de la muqueuse) et **a. ethmoïdale antérieure** (portion pré-turbinale de la paroi externe et sinus frontal)
- **Tache vasculaire de Kiesselbach** = zone d'anastomose des 3 systèmes artériels (ethmoïdale antérieure, sphénopalatine et faciale) : située à la partie antérieure du septum nasal → principale zone d'épistaxis essentiel

/!\ Attention incohérence dans le collège d'ORL : l'anatomie est en rang C dans le texte, en rang A dans la description du schéma de la vascularisation des fosses nasales

Diagnostic

Epistaxis bénigne	= Écoulement peu abondant, goutte à goutte par la narine, au début presque toujours unilatéral - Rhinoscopie antérieure facile après mouchage : siège du saignement généralement à la tache vasculaire - Sans retentissement sur l'état général
Epistaxis grave	- **Abondance** : évaluée par le caractère bilatéral ou antéropostérieur de l'épistaxis et le **retentissement général** (fréquence cardiaque, pression artérielle, sueurs, pâleur et **signes d'encombrement bronchique** en lien avec une inhalation) ; elle est difficile à estimer, svt surévaluer par le patient ou sa famille, ou au contraire sous-évaluée en cas d'épistaxis dégluti - **Durée** ou **répétition** d'épistaxis - Pathologie pouvant être décompensée par la perte sanguine : **coronaropathie, sténose carotidienne…** - **Troubles de la coagulation** : prise d'anticoagulant ou antiagrégant, insuffisance hépatique sévère, hémophilie, Willebrand, hémopathie, Rendu Osler (pas un trouble de coagulation mais télangiectasie cutanéo-muqueuse avec saignement itératifs ++)…
C	- Contexte : âge élevé, atcds (HTA, atcds hémorragiques, pathologies cardiovasculaires, maladies hématologiques, insuffisance hépatique, maladie de Rendu-Osler), prise de médicament, durée/abondance de l'épisode - **Côté de début** de l'épistaxis (rarement bilatéral d'emblée) - Recherche d'un saignement postérieur par **examen du pharynx à l'abaisse-langue** - **Examen ORL = rhinoscopie antérieure si possible** et **examen pharyngé** après évacuation des caillots par mouchage : abondance, poursuite/arrêt de l'épistaxis, siège antérieur ou postérieur, origine localisée ou diffuse - Possible **larmes sanguinolentes** (par communication via le canal lacrymo-nasal), ou otorragie si perforation tympanique préexistante : n'est pas un signe de gravité - DD : **hémoptysie** (lors d'un effort de toux), **hématémèse** (par la bouche, lors d'un effort de vomissement) ou saignement d'origine pharyngée par rupture carotidienne (atcd d'irradiation cervico-faciale)
Bio	- Si épistaxis grave : **groupe Rh, RAI, NFS, hématocrite** - Si suspicion de troubles de l'hémostase : TP, TCA, plq, INR (AVK), anti-Xa (xabans)
Imagerie	- **Si traumatisme crânio-facial** : radiographie des os du nez si fracture du nez dans un contexte médico-légal et tomodensitométrie maxillo-faciale injectée si traumatismes faciaux plus importants - Si suspicion de **tumeur naso-sinusienne** : tomodensitométrie maxillo-faciale et cervicale injectée + IRM naso-sinusienne avec injection de gadolinium

Étiologie

Locale

Traumatique (fréquente)		**= Corps étranger, perforation septale, post-opératoire** (chirurgie rhino-sinusienne, intubation nasale), **accident** (nasal, fracture des os du nez ou du 1/3 moyen de la face)
	Cas particulier	- Épistaxis et fracture de l'étage antérieur de la base du crâne : **fracture fronto-basale** et **rhinorrhée cérébrospinale** (épistaxis qui « s'éclaircit ») - Épistaxis et exophtalmie pulsatile : **fistule carotido-caverneuse (gravissime)**
Infectieuse		- **Rhinosinusite aiguë ou chronique** (rarement)

Etiologie	*Locale*	**Tumorale**	Bénigne	**Fibrome naso-pharyngien**	= Principalement chez le garçon de 7 à 15 ans - **Epistaxis récidivant** et **obstruction unilatérale** - **Tumeur hypervascularisée arrondie** → biopsie contre-indiquée - PEC : **TDM injecté + IRM** → **exérèse chirurgicale** après **embolisation**
				- **Angiome de la cloison**	
			Maligne	- **Adénocarcinome** (travailleurs du bois)**, carcinome épidermoïde** (**fosses nasales, sinus**)**, UCNT du cavum** (Asie du Sud-Est et pourtour méditerranéen)**, mélanome muqueux**	
	Générale	**HTA**	= Peut être la cause de l'épistaxis ou aggraver une autre cause		
		Maladie vasculaire	- **Maladie de Rendu-Osler** : angiomatose hémorragique familiale, autosomique dominante, à expressivité variable → télangiectasies cutanéomuqueuses, épistaxis depuis l'enfance - **Rupture d'anévrisme carotidien intra-caverneux**		
		Maladie hémorragique	Perturbation de l'hémostase primaire	- **Vascularite** : purpura rhumatoïde, purpura immuno-allergique et infectieux - **Thrombopénie/thrombopathie** : constitutionnelle (Willebrand, Glanzmann…), iatrogène (aspirine, AINS, antiagrégant) ou acquise (insuffisance rénale, hémopathie)	
			Perturbation l'hémostase 2ndr	- Congénitale : **hémophilie** - Acquis : traitement/surdosage en **anticoagulant, insuffisance hépatique, CIVD, fibrinolyse**	
	Epistaxis essentielle		- Microtraumatismes méconnus ou microdilatations artériolaires de la tâche vasculaire - Facteurs favorisants : . **Grattage, exposition solaire, phénomène vasomoteur** . **Facteur endocrinien** : épistaxis pubertaire, prémenstruelle, de la grossesse . **Athérosclérose** ➔ **Endoscopie des fosses nasales** systématiquement recommandée à la recherche d'une autre cause		
TTT	**HÉMOSTASE LOCALE**		- **1ère mesures** systématiques : **mouchage** énergique (élimine les caillots), tête surélevée et légèrement penchée en avant, **compression bidigitale simple** de l'aile du nez pendant 10 minutes - **Localisation de l'hémorragie** par **endoscope rigide** 0° ou 30° avec source de lumière froide : PEC différente si épistaxis antérieur localisé à la tâche vasculaire ou localisation non déterminée (postérieure, diffuse…)		
		Localisation à la tache vasculaire (antérieure)	= Principalement épistaxis bénigne du sujet jeune par ectasie vasculaire : - **Compression** par un **tampon hémostatique** (vestibulaire) possible pendant 10 minutes		
			Cautérisation de la tâche vasculaire	= Si épistaxis persistant et localisation antérieure bien déterminée : - Après **AL par xylocaïne ± naphazolinée** (effet vasoconstricteur) - **Méthode chimique** : **nitrate d'argent** en perle ou liquide, **acide chromique** - **Méthode électrique** en 2nd intention : à la **pince bipolaire** ➔ Non bilatérale et simultanée : risque de **perforation de la cloison nasale**
		Localisation non déterminée (postérieure, diffuse…)	Escalade thérapeutique : - **Tamponnement antérieur** en 1ère intention, si insuffisant, hospitalisation pour : - **Tamponnement antéro-postérieur** / sonde à double ballonnet si échec ou récidive - **Coagulation/embolisation de l'a. sphénopalatine** si échec/récidive - **Ligature de l'artère éthmoïdale antérieure** si échec ou récidive Après tamponnement antérieur : PEC ambulatoire possible avec consultation ORL à 48h ➔ Les tamponnements sont à éviter (hors extrême urgence) en cas de **tumeur maligne** ou de **fibrome nasopharyngien** : risque d'entraîner des lésions hémorragiques supplémentaires		
			Tamponnement antérieur	= Maladie assis, après lavage des fosses nasales si besoin, réalisation par un médecin non ORL - **Anesthésie locale** : **xylocaïne 5% + naphazoline** (☠Contre-indiqué chez l'enfant < 6 ans) - Introduction à la pince d'une **mèche grasse** de 2-5 cm de large, enfoncée jusqu'à la partie postérieure de la fosse nasale, puis tassée en accordéon d'arrière en avant jusqu'à la narine, **contention de l'extrémité antérieure** par un ruban adhésif sur l'orifice narinaire - **Retirée après 24-48h** (après correction des facteurs favorisant) ➔ **En cas de coagulopathie** ou d'angiomatose diffuse (Rendu-Osler) : préférer une **mèche résorbable** (Surgicel®) pour éviter la reprise du saignement à l'ablation de la mèche

TTT	**HÉMOSTASE LOCALE**	Localisation non déterminée (postérieure, diffuse…)	**Tamponnement antéro-postérieur au ballonnet**	- Ballonnet postérieur introduit dégonflé dans la cavité nasale, suivant le plancher nasal, puis gonflé au sérum physiologique à une pression suffisante pour arrêter le saignement - Ballonnet antérieur gonflé dans le vestibule narinaire pour isoler la fosse nasale - Laissé en place pendant **< 72h**, dégonflé progressivement toutes les **6-8 heures après 24-48h**
			Méchage antéro-postérieur	= Uniquement par un **spécialiste ORL**, **douloureux** (souvent AG nécessaire) - Introduction par la narine d'une **sonde molle**, jusqu'au pharynx, où son extrémité est repérée et tirée par la bouche à l'aide d'une pince, fixation à l'extrémité des 2 long fils reliés à un **tampon de gaze serré**, introduit par voie buccale, puis sonde retirée par le nez et blocage du tampon dans la choane (aidé par un doigt qui le guide derrière le voile et dans le cavum) - Y associer un **tamponnement antérieur** en maintenant une traction sur le tamponnement postérieur, et fils des tampons noués devant l'orifice narinaire
	HÉMOSTASE	Autre	Hémostase de l'artère sphéno-palatine	- **Coagulation par voie endo-nasale** - **Embolisation en radiologie interventionnelle (stable, sous AG avec intubation orotrachéale, abord fémoral)** La radio embolisation est proposée **en situation de recours** et **en urgence** lors d'épistaxis récidivantes après un tamponnement antéro-postérieur par sonde à double ballonnet
			Hémostase de l'artère éthmoïdale antérieure	- **Ligature chirurgicale** par **voie canthale** → Embolisation contre-indiquée : branche de la carotide interne = risque d'OACR ou d'AVC
	Mesures associées			- PEC symptomatique : oxygénothérapie, réhydratation/remplissage/transfusion si besoin - **HTA** (si persistante après avoir tari l'hémorragie et calmé le patient, par anxiolytique si besoin) : **traitement antihypertenseur** rapide adapté (inhibiteurs calciques en seringue électrique ou per os) et traitement de fond à instaurer/majorer au décours - Traitement d'un éventuel surdosage en AVK (cf. question spécifique) - **Antibioprophylaxie** par **Augmentin®** en cas de tamponnement non résorbable laissé en place pendant > 48h, poursuivi pendant **5 jours** après déméchage